UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 — N° 62

ALLAITEMENT MATERNEL

PRATIQUE ET RÉSULTATS A LA MAISON MATERNELLE DE CHOLET

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement, le Vendredi 30 Mai 1947

PAR

Jacqueline-Hélène PISTOULEY

née à SAINT-ÉMILION, le 6 Octobre 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. FONTAN, Professeur — *Président.*

CREYX, Professeur ... — *Juges.*

RIVIÈRE, Professeur . — *Juges.*

DERVILLEE, Professeur — *Juges.*

LIBOURNE

IMPRIMERIE LIBOURNAISE - P. GÉLIX

68, rue Président-Carnot, LIBOURNE

1947

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0049

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1947 — N° 62

ALLAITEMENT MATERNEL

PRATIQUE ET RÉSULTATS

A LA MAISON MATERNELLE DE CHOLET

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement, le Vendredi 30 Mai 1947

PAR

Jacqueline-Hélène PISTOULEY

née à SAINT-ÉMILION, le 6 Octobre 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. FONTAN, Professeur — *Président.*

CREYX, Professeur ... — *Juges.*

RIVIÈRE, Professeur . — *Juges.*

DERVILLEE, Professeur — *Juges.*

LIBOURNE

IMPRIMERIE LIBOURNAISE - P. GÉLIX

68, rue Président-Carnot, LIBOURNE

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... **M. DUPÉRIÉ.**
Assesseur ..... **M. LABAT.**

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLÉS.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	N.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Hydrologie thérap. et climatol.	N.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales) FAUGÈRE (Obstétrique).

AGREGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	N.
id.	N.
id.	N.
id.	BROUSTET.
id.	TRAISSAC.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
Chirurgie générale	N.
id.	MASSÉ.
id.	LAUMONIER.
id.	MAGENDIE.

	MM.
Chirurgie générale	POUYANNE.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Physique médicale	N.
Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire natur. méd. et parasitol.	N.
Histologie	N.

COURS COMPLEMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	MAHON.
Puériculture	PÉRY.
Zoologie et parasitologie	N.
Urologie	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.

	MM.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	TAYEAU.
Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
id.	VICTOR.
Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : **ROUGERIE.**

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE - A MA TANTE

A MES COUSINS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur LARTIGAUT

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous aider de ses conseils. En témoignage de notre profonde reconnaissance et de nos respectueux remerciements.

A NOS MAITRES

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur CREYX

Professeur de Clinique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Monsieur le Professeur RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'accouchement
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Monsieur le Professeur DERVILLÉE

Professeur de Médecine Légale et Déontologie
Officier d'Académie

Nous les remercions d'avoir bien voulu accepter d'être membres de notre jury.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FONTAN

Professeur de Clinique Médicale des maladies des enfants
Médecin des Hôpitaux
Officier d'Académie

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le bienveillant accueil et l'enseignement profitable qu'il nous a réservé dans son service, et accepter nos remerciements pour nous avoir fait l'honneur de présider notre thèse.

INTRODUCTION

L'objet de notre travail n'est point de comparer l'allaitement artificiel à l'allaitement maternel. Depuis longtemps la supériorité de celui-ci est reconnue. Comme nous avons pu le constater à toutes les époques, et dans tous les pays, on s'est efforcé de convaincre les mères de l'utilité de nourrir leurs enfants, lorsqu'elles paraissaient par trop désireuses de se dérober à ce devoir.

Notre but ne vise qu'à montrer les résultats obtenus dans un établissement où systématiquement est pratiqué l'allaitement au sein et où tout est mis en œuvre pour le favoriser. C'est pourquoi, après avoir exposé comment se pratique l'allaitement à la Maison Maternelle de Cholet, nous établirons des statistiques portant sur trois années de fonctionnement de celle-ci et qui nous permettront de voir d'une part le pourcentage de femmes qui nourrissent leurs enfants ; d'autre part, le bénéfice qu'en retirent ceux-ci en indiquant leur morbidité et leur mortalité.

En faisant cette thèse, il nous a été donné de comprendre combien, au point de vue social, toutes les organisations qui permettent à la mère de rester auprès de son enfant et de le nourrir sont importantes ; elles préviennent des abandons ; elles donnent aux nourrissons les plus fragiles des chances de bonne santé. Par conséquent elles luttent fortement contre la morbidité et la mortalité infantiles et partant jouent un grand rôle dans le problème de la dépopulation.

D'autre part, en tant que médecin, nous avons pu réaliser l'intérêt d'obtenir coûte que coûte un allaitement de l'enfant par sa mère. Nous avons compris que souvent la jeune mère

a besoin de conseils éclairés pour bien conduire son allaitement et ne pas être tentée de l'interrompre trop tôt, et sous des prétextes peu valables. Nous avons constaté tous les risques que faisaient courir au nourrisson un allaitement artificiel, aussi parfait qu'il soit.

Les pédiâtres connaissent bien tous ces faits. Mais leur importance pour la bonne santé et la prévention des accidents digestifs des nourrissons autorise à insister une fois de plus sur « le droit de l'enfant au lait de sa mère ». selon la formule du professeur Pinard.

C'est donc pour nous avoir permis de pénétrer toute l'importance de l'allaitement maternel et nous intéresser vivement aux résultats qu'il peut donner que nous remercions M. le docteur Lartigaut de nous avoir proposé le sujet de cette thèse.

Nous diviserons ainsi notre travail : Dans un premier chapitre, nous essaierons de tracer succinctement les opinions sur l'allaitement maternel au cours des différentes civilisations. Dans un deuxième chapitre, nous exposerons ce qu'est la Maison Maternelle de Cholet et son fonctionnement. Dans un troisième chapitre, nous envisagerons comment s'y pratique l'allaitement et quels sont les moyens employés pour le favoriser. Dans un quatrième chapitre, nous montrerons quel est le régime des enfants et leur croissance en poids. Nous établirons enfin nos statistiques portant sur les années 1944-45-46.

Enfin nous exposerons nos conclusions.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'allaitement de l'enfant par sa mère est une loi naturelle. Aussi chez tous les peuples primitifs et qui ne connaissent ni luxe ni confort, toutes les femmes nourrissent leurs bébés.

C'est ainsi que dans la Genèse, on ne trouve pas trace d'allaitement mercenaire : celui-ci n'apparaît qu'après l'établissement en Terre Promise.

En Grèce nous trouvons les exemples suivants : Hécube nourrit Hector ; Andromaque, Astyanax ; Pénélope, Télémaque. Lycurgue à Sparte érige même en loi l'allaitement au sein. A Rome il en est de même jusqu'à la constitution de la République.

« Dans l'ancienne Egypte, nous dit le docteur Barramel dans son livre « La Puériculture Eternelle », l'allaitement était tenu en grand honneur et se prolongeait jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans. Les reproductions de scènes d'allaitement dans les temples sont extrêmement nombreuses, qu'il s'agisse d'allaitement par une déesse ou d'animaux nourrissant leurs petits. Les femmes du harem pouvaient seules se permettre de confier leur progéniture à des mercenaires ou à des esclaves. »

Pendant notre Moyen-Age, les « dames » ne dédaignent pas non plus de nourrir leurs bébés. Elles ont même peur pour ceux-ci d'un lait étranger ; on prête à la belle Aude, la femme de Roland, le trait suivant : en son absence, une de ses suivantes ayant donné le sein au bébé pour calmer ses cris, Aude lui fait rejeter avec horreur le lait qu'il vient de prendre. Il n'est pas

jusqu'aux futurs rois qui n'aient été allaités par leurs mères : Blanche de Castille nourrit son fils Saint Louis, Jeanne d'Albret Henri IV.

De nos jours, chez les peuples encore sauvages, une femme est déshonorée si elle n'a pas assez de lait pour son nourrisson : chez les Berbères au Mzab elle essaie de le dissimuler en donnant à sucer des dattes écrasées enveloppées dans un chiffon au bébé pour calmer sa faim.

Mais cette loi naturelle devient une gêne et une servitude, lorsque la civilisation s'affine et que des besoins nouveaux se font sentir. Pareil fait se reproduit à tous les âges. Alors apparaît la mode des nourrices mercenaires. A Rome, en Grèce, il est facile de les recruter parmi les esclaves peuplant la « gens ».

En France, vers le XV[e] siècle, on prend l'habitude d'aller chercher des nourrices à la campagne. Des bureaux de placement sont créés. Ou bien l'enfant est conduit chez la nourrice et y reste pendant son allaitement.

Pourtant, à toutes les époques, philosophes, historiens, poètes, sociologues, médecins s'indignent. La profession de nourrice n'est pas très appréciée. Aristophane prête à un de ses personnages les mots suivants, montrant la mince estime qu'il réserve aux nourrices :

« Vous nourrissez très mal le peuple, semblable en cela aux nourrices qui ne donnent aux enfants que la moitié de la nourriture qui leur est nécessaire. »

Jules César rentrant de Gaule s'écrie : « Est-ce que les dames romaines n'ont plus d'enfants à porter et à nourrir qu'on ne voit plus entre leurs bras que des chiens et des singes ? »

L'empereur Marc-Aurèle traite de demi-mères les femmes qui n'allaitent pas.

Les auteurs français du Moyen-Age et de la Renaissance réagissent contre un tel état de chose. C'est ainsi que Michel de l'Hospital tient dans ses Epîtres les propos suivants :

« Nos beautés refusent la nourriture à leurs enfants. Comme d'injustes marâtres elles dissipent le plus beau don des immor-

tels en détournant la source de cette liqueur pure... Jeunes encore nous suçons avec le lait le germe de la corruption. Cette nourriture est un adultère qui dénature le sang de nos aïeux. »

Mais tous les efforts restent vains — et en France l'usage de nourrices mercenaires s'étend de plus en plus. Il faut toute l'influence de Jean-Jacques Roussau qui, dans l'Emile, s'élève violemment contre un allaitement étranger pour que l'opinion soit ébranlée. La mode et le snobisme s'en mêlent alors et il se produit des exagérations contraires : de nombreuses mondaines traînent leurs bébés à toutes les réceptions où elles vont, pour pouvoir les allaiter sans renoncer à leurs plaisirs. Cela suscite évidemment maints reproches.

La Convention, plus tard, essaie aussi par une loi (28 juin 1793) de favoriser l'allaitement maternel : cette loi porte secours aux femmes en couches et rend celui-ci obligatoire.

Mais cet effort sombre avec l'assemblée — et désormais politiciens et hommes de lettres demeurent indifférents à ces questions.

L'allaitement mercenaire atteint alors son apogée. L'allaitement artificiel se pratique aussi plus facilement. La mortalité des enfants placés en nourrices est cependant bien effrayante.

Mais au milieu du XIX^{e} siècle, la protection de l'enfance s'organise : la loi Roussel (23 décembre 1874) pour la protection des enfants du premier âge et surtout des enfants mis en nourrice en marque la première étape. On se préoccupe des enfants abandonnés et on les recueille. On essaie de diminuer le nombre des abandons. A cet effet, la première Maison Maternelle qui recueille la fille-mère pendant sa grossesse et où elle peut rester après son accouchement en allaitant son enfant est fondée à Paris sous le nom d'Asile Pauline Rolland, en 1890. Plusieurs initiatives privées s'inspirent de ce principe.

L'allaitement au sein est favorisé ; on crée des primes d'allaitement. Les allocations familiales, les assurances sociales assurent des secours aux mères qui travaillent. Celles-ci ont, d'autre part, la faculté de nourrir leurs enfants malgré leur

travail par la création de chambres d'allaitement, de crèches garderies dans toutes les grandes organisations industrielles.

Les mères nécessiteuses sont secourues par les cantines maternelles, les restaurants gratuits pour mères nourrices, les asiles d'allaitement, la distribution de vivres, vêtements ou argent par la charité publique ou privée.

Tout ceci crée un grand courant en faveur de l'allaitement au sein. Mais les organismes sociaux ne restent pas les seuls à en convaincre l'opinion. De grands pédiâtres s'en font l'apôtre : le professeur Pinard emploie la formule « du droit de l'enfant au lait de sa mère » et répète dans ses articles « Le cœur et le lait d'une mère ne se remplacent jamais ». Le professeur Budin, en 1892, fonde la première consultation de nourrissons à la Maternité de la Charité.

Le professeur Marfan, par ses cours, ses conférences, ses traités proclame la valeur de l'allaitement maternel.

Enfin, plus près de nous, à la Faculté de Bordeaux, Monsieur le docteur Rocaz se fait lui aussi un défenseur ardent de cette cause.

Actuellement, la création des maisons maternelles s'étend de plus en plus et il en existe plusieurs tant à Paris qu'en province (Tours, Lyon, Marseille, Bordeaux, etc...). Les consultations de nourrissons vérifiant le poids et le régime de ceux-ci et guidant les mamans dans leur allaitement sont constituées dans tous les centres médicaux. Dans les campagnes, leur création date de quelques années et leur diffusion s'étend de plus en plus.

Les mesures économiques existant (primes d'allaitement, secours aux familles nombreuses, secours préventif d'abandons) permettent à de nombreuses mères de pouvoir rester dans leur foyer et par suite de nourrir leurs enfants. De nouvelles mesures sont envisagées visant à procurer aux mères de famille ouvrières les moyens de ne pas travailler pendant les quatre ou cinq premiers mois de leur maternité. L'emploi des nourrices mercenaires a presque complètement disparu. Mais souvent l'allaitement artificiel a remplacé celles-ci. Les laits divers qu'il

offre, son usage mieux connu, mieux réglé tentent beaucoup de jeunes mères. Bien que la facilité de l'allaitement au sein s'oppose aux difficultés souvent nombreuses de l'allaitement artificiel, beaucoup de femmes préfèrent encore recourir à ce dernier.

Aussi reste-t-il encore de nos jours beaucoup de mères à persuader des bienfaits de leur allaitement.

CHAPITRE II

LA MAISON MATERNELLE DE CHOLET SON FONCTIONNEMENT

Fondée en 1920 par M. le docteur Rocaz et M. le professeur Duguit, Doyen de la Faculté de Droit, administrateur de l'Hôpital des Enfants, la Maison Maternelle de Cholet, comme tous les établissements de ce genre, ouvre ses portes à toutes les filles-mères qui lui demandent asile, à condition qu'elles nourrissent au sein leurs enfants.

En principe, l'admission des femmes se fait sans aucune formalité et sans aucune référence. Les femmes enceintes doivent seulement posséder un certificat médical établissant l'âge de leur grossesse. Les mères prennent l'engagement de nourrir au sein leur enfant et de ne pas l'abandonner. La Maison comprend donc, d'une part, un Refuge de grossesse, où les filles-mères peuvent se réfugier pendant les derniers mois de leur gestation, d'autre part, un asile d'allaitement où les mères peuvent entrer après leurs couches. L'accouchement ne se fait pas à la Maison même, mais à la Maternité. Les femmes reviennent ensuite à Cholet avec leurs bébés. La durée de leur séjour s'étend à tout le temps de l'allaitement, c'est-à-dire 9 mois environ. Mais elles peuvent écourter leur séjour à leur gré, si elles veulent rentrer dans leur famille ou recouvrer leur liberté.

Seules donc sont admises les mamans qui nourrissent leurs bébés au sein. Mais si une raison sérieuse oblige à suspendre l'allaitement maternel et à donner un allaitement artificiel, elles

peuvent exceptionnellement rester à Cholet. Cependant elles partent dès que cela est possible pour permettre à d'autres mères nourrices d'entrer.

Pendant toute la durée de leur séjour, les pensionnaires touchent les primes habituelles : secours aux femmes enceintes, secours aux filles-mères, primes d'allaitement. Elles sont prises en charge par des organismes divers : département, Assurances sociales, Assistance publique.

Pendant leur grossesse, elles assurent le service de la Maison. Elles occupent leurs loisirs à confectionner une layette. Le travail qu'on leur demande est relativement peu important et elles peuvent ainsi jouir d'un repos assez grand qui va les préparer à un meilleur allaitement.

Après leur accouchement, leur plus grande occupation sera de donner les soins à leurs bébés. Dans l'intervalle de ceux-ci, on les emploie à des travaux différents selon leurs aptitudes : couture, repassage, jardinage.

Les sorties ne sont autorisées que pour des motifs valables. En effet, d'une part, si elles sont trop longues, elles suppriment des têtées et occasionnent une diminution de la sécrétion lactée. D'autre part, elles présentent un danger tant au point de vue hygiène qu'au point de vue moral : risque d'apporter des germes du dehors ; risque de retrouver une influence fâcheuse qui viendra compromettre les essais de relèvement moral péniblement entrepris.

A leur départ, les pensionnaires sont guidées par la directrice de la Maison Maternelle. Celle-ci a pu en effet apprécier la valeur de chacune, au cours de son séjour à Cholet. Les solutions que l'on recherche en premier lieu sont le mariage ou le retour dans la famille. Mais si l'un ou l'autre s'avèrent impossibles, on essaie de trouver à la mère une place qui lui permette de garder son enfant près d'elle, ou à défaut une place pour elle seule : l'enfant est alors confié à une gardienne sous la surveillance d'une assistante sociale.

Actuellement, le Centre Espoir offre aux plus jeunes d'autres possibilités d'avenir. Situé à côté de la Maison Maternelle

il recueille les mères de moins de 20 ans qui signent un contrat d'apprentissage. Elles peuvent y aller suivre leurs cours pendant la durée de l'allaitement, alors qu'elles séjournent à Cholet. A leur sortie de la Maison Maternelle, elles viennent prendre leur place au Centre. Au bout de trois ans elles en sortent, ayant appris un métier de leur choix. Munies de celui-ci, elles vont avoir ainsi la possibilité de gagner leur vie et celle de leur enfant.

La Maison Maternelle recueille en outre un petit nombre d'enfants, séparés dès leur naissance de leur mère tuberculeuse, et ayant reçu le vaccin B. C. G. Ils profitent d'un allaitement au lait de femme fourni par les donneuses de la Maison, toutes les fois que cela est possible.

Le but pratique et social de Cholet, comme celui de toutes les Maisons Maternelles, est de diminuer le nombre d'abandons des enfants et par suite celui de la mortalité infantile. Obligées de nourrir et de soigner leurs bébés, ces jeunes femmes vont s'attacher à lui. Par suite, elles ne l'abandonneront pas.

D'autre part, les enfants profitant de l'allaitement maternel, entourés de tendresse et de soins, s'élèveront plus facilement.

En outre, est-ce là aussi un moyen de diminuer le nombre des avortements : sachant qu'elles trouveront un asile pendant leur grossesse et après leur accouchement, certaines femmes hésiteront à sacrifier leur enfant avant sa naissance.

Au point de vue moral, quelques-unes de ces femmes bénéficient de leur passage à Cholet. Ayant appris un métier, elles ont des possibilités d'avenir meilleur. Attachées à leurs enfants, elles désirent pour eux une vie régulière. Le mariage leur en offre parfois la possibilité. Elles ont reçu de bons conseils. Elles s'en souviennent quelquefois.

Et si pour certaines les efforts de relèvement moral restent vains, pour plusieurs cependant le séjour à Cholet constitue un bon facteur d'amélioration.

La Maison Maternelle de Cholet réunit donc un nombre important de jeunes mères et leurs enfants. Sa première tâche sera de leur assurer une bonne santé et d'essayer de pallier

aux inconvénients qui assaillent toute collectivité.

A son entrée à Cholet, toute mère est soumise à un examen médical, et n'est admise que si elle se porte bien. Une réaction de Bordet-Wasserman est pratiquée et un traitement institué s'il y a lieu. Un médecin accoucheur surveille la grossesse des femmes enceintes.

Les plus grandes précautions sont prises pour que les germes apportés de l'extérieur ne soient pas disséminés. A cet effet, il existe un lazaret où les nouvelles accouchées, ou les mères arrivant en cours d'allaitement, font un séjour de 21 jours avant d'être admises avec les autres pensionnaires. Elles vivent isolées dans un pavillon spécial, surveillées par un personnel particulier et sans aucun contact avec les autres. Ainsi, toute dissémination d'une maladie contagieuse en incubation est évitée.

Pour limiter l'extension des épidémies, il existe des chambres individuelles d'isolement qui recueillent toute femme et son enfant lorsque l'un ou l'autre présente les moindres symptômes d'une affection contagieuse. Tant que celle-ci demeure bénigne et présente peu de risques pour la communauté, mère et enfant ont la possibilité d'être soignés sur place.

Mais lorsque la maladie paraît devenir plus grave et plus dangereuse pour les autres, ils sont dirigés vers un centre hospitalier : isolement de Pellegrin s'il s'agit de la mère, Hôpital des Enfants Assistés s'il s'agit de l'enfant. Mais dans l'un ou l'autre cas, l'allaitement au sein peut être continué.

Le transéat des nourrissons à l'hôpital ne se fait qu'en cas de graves nécessités : en effet, transporté dans un milieu fortement infecté, le bébé risque outre sa maladie de recevoir d'autres germes et d'être victime d'une contagion secondaire. Il peut devenir à son retour une source de contage pour les autres enfants de la Maison Maternelle.

Le fonctionnement du lazaret d'entrée et de l'isolement est très important pour assurer à cette collectivité d'enfants en bas âge le maximum de chances de bonne santé. Mais il ne peut être réalisé que grâce à une surveillance médicale étroite.

Celle-ci est assurée par la présence à demeure à Cholet d'un Interne des Hôpitaux qui visite chaque jour les salles, et par la visite hebdomadaire du médecin-chef de service.

Ainsi donc, la Maison Maternelle de Cholet recueillant les filles-mères et leurs enfants, leur permet de jouir de bonnes conditions d'hygiène et leur offre la possibilité d'organiser leur avenir.

CHAPITRE III

L'ALLAITEMENT A LA MAISON MATERNELLE DE CHOLET

Toutes les mères en entrant à Cholet s'engagent à être nourrices. Vont-elles toutes pouvoir tenir leur engagement ?

En effet, pour que les enfants puissent bénéficier d'un allaitement maternel, il faut que la sécrétion lactée soit abondante.

Celle-ci est influencée par les diverses conditions physiques et morales dans lequelles se trouvent les mères nourrices. Elle est d'autant meilleure qu'une femme se porte bien, n'est pas d'une extrême jeunesse, a eu plusieurs enfants, n'a pas de trop grands soucis.

Or, physiquement et moralement, les femmes qui arrivent à la Maison Maternelle ont souffert. Pendant leur grossesse, elles ont dû accepter des travaux pénibles pour subvenir à leurs besoins. Dénuées de ressources, elles ont parfois supporté la faim ou le froid. De toute façon, leurs conditions de vie ont été débilitantes. Par suite l'allaitement risque de se montrer insuffisant.

Moralement, elles se sont trouvées souvent en face de graves problèmes. Abandonnées par leur famille, chassées de leur place, la perspective de l'avenir est pour elles menaçante. Aucun conseil utile ne leur est donné. La charge d'un enfant à élever que le plus souvent elles devront assumer seules, avec des secours insuffisants, leur paraît effrayante.

Il est vrai que beaucoup sont extrêmement jeunes : 15 ans, parfois même 14 ans et ne réalisent pas très bien tout

ce que l'avenir peut comporter de risques pour elles. Néanmoins celles-ci aussi sont victimes de la misère et de la sous-alimentation.

L'entrée même à Cholet est déjà un premier facteur d'amélioration. Elles trouvent là des conditions de vie meilleures. Ceci leur permet de se refaire de leurs souffrances passées. Elles vont pouvoir jouir pendant la fin de leur grossesse d'un repos relatif. Cela prépare un allaitement meilleur. Enfin la crainte de l'avenir est momentanément écartée. Ells acceptent avec moins de rancœur l'enfant qui va naître. Entourées de mères nourrices et de beaux bébés, elles vont désirer avoir des enfants pareils et se montrer aussi bonnes nourrices.

Mais ces divers facteurs ne sont que des moyens secondaires pour assurer une bonne sécrétion lactée.

Le but de la Maison Maternelle va donc être de permettre à ces jeunes femmes qui, par leurs conditions physiques et morales, risquent de fournir un allaitement insuffisant, d'être de bonnes nourrices. La conduite de l'allaitement va viser à bien établir la sécrétion lactée et à améliorer les hypogalacties.

Il n'est en effet pas question d'agalactie : toute femme a du lait et doit nourrir son enfant. « L'agalactie absolue n'existe pas », ainsi que l'affirme Mme Dluski, élève du professeur Pinard, dans une statistique faite dans son service. La montée du lait peut être retardée, et on ne peut guère affirmer avant le quinzième jour qu'une femme n'a pas de lait.

Dès sa naissance, l'enfant doit être mis au sein. Même si les tétées sont insuffisantes, il faut persévérer. La pratique trop précoce de l'allaitement mixte risque d'être une cause d'hypogalactie. En effet, ainsi que le dit le professeur Marfau dans son « Traité de l'Allaitement » :

« La sécrétion lactée est un acte réflexe dont le point de départ est la succion du mamelon ; or si on satisfait l'appétit de l'enfant en lui donnant le biberon, il tétera avec moins de force le sein maternel et ne stimulera pas le réflexe suffisamment. »

En réalité, à la Maison Maternelle, plusieurs femmes arrivent au cours du premier mois d'allaitement. Celui-ci est parfois mixte. L'hypogalactie est installée et on ne peut que lutter contre elle. Quant aux mères qui sont déjà à Cholet pendant leur grossesse, elles trouvent actuellement à la Maternité des conseils éclairés. Les débuts de l'allaitement sont guidés et leur sécrétion lactée mieux établie.

A la Maison Maternelle, on va continuer à stimuler celle-ci. Le meilleur moyen galactogène, ainsi que tout le monde s'accorde à le reconnaître, est la succion du mamelon. C'est donc à celui-ci que l'on va s'adresser. S'il s'agit d'un enfant sain, qui tette bien, on va le mettre au sein souvent : le bébé prend 7 tétées par 24 heures. Ce rythme est continué jusqu'à ce que la sécrétion lactée soit bien établie, le plus souvent, pendant les deux premiers mois. Lorsque celle-ci est abondante, la septième tétée est supprimée. Mais si cela amène une diminution de sécrétion, on redonne une septième tétée.

Lorsqu'il s'agit de nourrissons débiles, tirant mal, le nombre des tétées est augmenté : 8 - 9 - 10 par jour suivant le cas particulier : la glande mammaire plus souvent sollicitée va sécréter davantage.

Les tétées sont courtes : 5 minutes à chaque sein. De cette façon, les traumatismes du mamelon et sa macération sont moins importants. Aussi existe-t-il moins de risques d'accidents de lactation : les lymphangites ou les abcès du sein sont plus rares.

Enfin leur quantité n'est pas limitée par pesée stricte : on laisse à chaque enfant prendre la ration qu'il veut selon sa capacité. Il épuise parfois le sein maternel. Ceci est un facteur de stimulation lactée. En effet tous les éleveurs ont pu constater que, pour obtenir le maximum de rendement en lait d'un animal, il faut que ses mamelles soient vidées à chaque traite. Il en est de même pour les mères nourrices. Si on ne limite pas strictement la quantité de lait à chaque tétée, on observe en partie ce principe.

Mais l'enfant ne suffit pas toujours à vider complètement

la glande mammaire ; ou bien la sécrétion lactée est trop abondante ; ou bien l'enfant ne tette pas avec assez de force. La tétée est alors terminée par la traite manuelle qui est plus volontiers employée par les femmes. Ou bien le lait est retiré par la succipompe de Rohan — ou par le tire-lait électrique du docteur Erb.

Ce lait ainsi recueilli est donné en complément s'il y a lieu. Sinon, conservé à la glacière, il va servir aux enfants débiles ou malades qui ne peuvent pas être nourris par leurs mères.

Par les pesées régulières de chaque tétée on cherche à déceler les insuffisances de sécrétion : en ce cas le nombre des tétées est augmenté. La succipompe est employée pour essayer de retirer tout le lait possible du sein maternel. L'enfant jouit du lait recueilli. L'allaitement mixte n'est institué que si la quantité de lait absorbée est insuffisante pour obtenir une bonne croissance de l'enfant. Mais on le laisse toujours solliciter le sein maternel et essayer par sa succion d'augmenter la sécrétion.

Ainsi donc, la conduite de l'allaitement à la Maison Maternelle est basée sur la connaissance du mécanisme réflexe de la sécrétion lactée et de la mise en action de celui-ci par la succion, ou à défaut par les moyens qui la remplacent : traite manuelle, succipompe, tire-lait. Elle s'inspire aussi du principe du vidage complet de la mamelle, bien vérifié par les éleveurs.

Cela permet de mener à bien certains allaitements rendus difficiles par l'extrême jeunesse de la mère. Ainsi en témoigne l'observation suivante :

Observation I

Mme P..., 14 1/2. A son entrée à Cholet les tétées sont insuffisantes : elle ne donne que 180 grammes de lait par jour à son fils Jean-Claude. Les 2 dernières tétées ne donnent rien. La succipompe ne ramène pas de lait. On donne en complément 6

biberons de lait de vache de 90 grammes chacun. L'enfant prend du poids. La mère arrive par la suite à donner 200 grammes de lait par jour. La succipompe ramène 25 grammes à la première tétée, rien aux autres ; puis 45 grammes aux 2 premières tétées, puis 50 grammes à 3 tétées.

La mère donne à l'enfant 340, 370, 400 grammes de lait par jour.

Elle continue l'allaitement pendant ses 6 mois de séjour à la maison maternelle et arrive à donner vers la fin du 3e mois 600 grammes par jour.

Dans plusieurs cas, l'effet de cette simulation rationnelle de la glande mammaire se fait bien sentir : de nombreuses femmes qui au début sont obligées de se faire aider de lait étranger pour nourrir leurs enfants, arrivent au bout d'un ou deux mois d'efforts à les nourrir seules — et peuvent prolonger leur allaitement jusqu'à la prise de la première bouillie à six mois.

Nous pouvons le constater dans l'observation suivante :

Observation II

Mme Du... ne donne à son fils Georges que 280 grammes de lait par jour pendant le 1er mois. La succipompe ne ramène que 10 ou 20 grammes de lait. Les tétées sont complétées par des biberons de lait de vache (6 biberons de 50 grammes).

A la fin du 1er mois elle arrive à donner 580 grammes de lait par jour.

Pendant le 2e mois elle nourrit seule son bébé, qui prend jusqu'à 800 grammes par jour. Elle poursuit sans aide l'allaitement jusqu'à la fin du 4e mois, époque où elle doit reprendre les compléments moins importants qu'au début (5 biberons de 50 grammmes).

A son départ de la Maison Maternelle elle nourrit encore son enfant âgé de 7 mois.

Lorsqu'il s'agit d'enfants débiles ou prématurés qui n'ont pas la force de tirer le lait maternel, la succipompe est d'un grand secours. En effet, mal sollicitée, la glande mammaire va difficilement établir sa sécrétion. Sous-alimenté, le nourrisson déjà faible n'augmente pas de poids. La succipompe va alors obvier dans la mesure du possible au défaut de succion. Le lait péniblement retiré au début devient ensuite plus abondant. Donné au bébé, il va le fortifier. Celui-ci devenu plus vigoureux va à son tour mieux solliciter le sein maternel et la sécrétion lactée établie va désormais être favorisée et augmentée par la succion. La succipompe a donc permis :

d'établir la sécrétion lactée,
de la conserver,
de permettre à l'enfant de bénéficier du lait de sa mère en attendant qu'il puisse lui-même le retirer.

C'est un tel cas que nous citons dans l'observation suivante :

Observation III

Mme T... accouche à 8 mois d'une fille Marie-Claire pesant 2 kg 500. L'enfant tire mal au sein. Elle a du muguet. Elle est alors nourrie au lait de femme partie retiré à la mère, partie à d'autres femmes. L'enfant prend du poids. Guérie de son muguet elle est remise au sein. Elle tette mieux. A la fin du 1er mois la mère arrive à lui donner 550 grammes de lait par jour. Elle nourrit par la suite seule son enfant jusqu'au bout du 3e mois, date de son départ. A ce moment-là, elle lui donne jusqu'à 800 grammes par jour.

A la conduite rationnelle de l'allaitement viennent s'ajouter d'autres facteurs qui aident aux mères à se montrer bonnes nourrices. L'allaitement mixte n'est institué que lorsqu'il est absolument nécessaire. Il est alors conduit de façon à ne pas nuire à la sécrétion lactée : les compléments consistant d'abord en eau bouillie sont donnés à la cuillère après chaque tétée,

pour ne pas déshabituer l'enfant du sein. S'ils deviennent trop importants, on emploie le biberon et selon la tolérance de l'enfant on donne du lait de vache, du lait concentré ou du lait sec. On continue à le mettre au sein régulièrement et si la quantité de lait maternel augmente, les compléments sont diminués d'autant.

La suppression de l'allaitement au sein n'est décidée que pour des indications impérieuses contrôlées par le médecin. Elle n'est parfois que temporaire et dans certains cas l'allaitement est repris avec succès.

La vie des pensionnaires est calme et bien réglée. Elles jouissent de bonnes conditions d'hygiène et d'alimentation. Elles assument des travaux peu pénibles, et le repos pré-natal qu'elles ont subi vient les aider à mieux assurer l'allaitement. A titre thérapeutique ou à titre d'expérimentation, on leur fait prendre des spécialités galactogènes qui, si elles n'ont pas une action très probante sur la sécrétion lactée, n'en ont pas moins une action psychologique certaine. Elles ont tout le loisir de s'occuper de leurs bébés et de s'attacher à lui. Ils deviennent pour elles un facteur d'orgueil et de satisfaction. Il se crée entre les mères un esprit d'émulation qui les incite à se montrer aussi bonnes nourrices les unes que les autres. Elles sont soustraites aux influences de l'extérieur et reçoivent des conseils plus éclairés que les jeunes mamans livrées à elles-mêmes ou à leur entourage.

En somme donc, l'allaitement à la Maison Maternelle de Cholet est presque strictement maternel. Alors que bien des causes de déficience physique ou d'inquiétudes morales pourraient lui nuire et empêcher plusieurs femmes de nourrir leurs bébés, presque toutes assurent l'allaitement. Celui-ci est conduit de manière à augmenter la sécrétion lactée et pour ceci on s'adresse surtout aux moyens physiques :

Succion du mamelon (tétées courtes, fréquentes, non limitées par la pesée), traite manuelle, succipompe. En outre, l'allaitement est favorisé par les bonnes conditions de vie dont jouissent les mères.

CHAPITRE IV

LES RATIONS ALIMENTAIRES DES NOURRISSONS LEUR CROISSANCE EN POIDS

Il est de règle à la Maison Maternelle de Cholet de laisser aux enfants prendre la quantité de lait qu'ils veulent. Ainsi que nous l'avons indiqué au chapitre précédent, les tétées ne sont pas strictement limitées par des pesées. Cela constitue un bon moyen d'augmenter la sécrétion lactée.

D'autre part, la connaissance de la grande tolérance de l'enfant pour le lait de sa mère autorise à ne pas se montrer trop sévère pour la quantité de lait absorbée. En effet, le lait de femme est l'aliment spécifique du nourrisson. Il est parfaitement adapté à son organisme — plus pauvre en caséine que le lait de vache, plus riche en lactose, en lactalbumine et en lactoglobuline. Il lui apporte les vitamines nécessaires, les anticorps spécifiques. Il le rend par suite plus résistant aux infections. Sa digestion est rapide, presque parfaite.

Aussi les dangers de suralimentation ne peuvent-ils pas être bien grands. Si entre chaque tétée un intervalle suffisant est laissé pour permettre la digestion complète de la tétée précédente, l'enfant ne risque pas de souffrir d'une prise de lait abondante. Ainsi que le dit le professeur Marfan dans un article de la Presse Médicale, 1940 :

« Il est rare qu'un enfant soit malade pour avoir pris trop de lait de sa mère. On peut le lui laisser épuiser. Seulement, après une tétée trop copieuse, il faut attendre au moins trois heures avant de remettre le nourrisson au sein. »

L'enfant profite d'un tel régime : il tire le maximum de bénéfice de l'allaitement maternel. En effet, il compense lui-même les tétées moins abondantes : il existe presque toujours une hypogalactie vespérale sur laquelle Variot et Mlle Galland ont attiré l'attention. Le nourrisson va le matin prendre des quantités copieuses de lait. Il va ainsi compenser l'insuffisance des tétées du soir. Et en vingt-quatre heures il aura tout de même pris la quantité de lait qui lui est nécessaire.

De plus, sa ration n'est pas absolument fixe : son appétit est plus grand certains jours. Les jours suivants, il prend moins. Il arrive de cette façon à avoir une ration équilibrée.

Les quantités de lait que prennent les enfants à la Maison Maternelle sont très variables. Elles sont spéciales à chacun d'eux. Cependant certains enfants absorbent des rations très importantes. A titre d'exemples nous citons les chiffres suivants que nous avons pu relever :

A 25-30 jours, certains bébés prennent 800-900 grammes de lait par 24 heures.

A 1 mois, ils atteignent le chiffre de 1 litre, 1 litre 020 par 24 heures.

A 2 mois, 1 litre 150 par 24 heures.

D'autres sont moins exigeants. Mais les doses de 700 gr. à 1 mois, 900 gr. à 1 litre au cours du deuxième mois sont fréquentes et peuvent représenter une moyenne.

Pourtant les accidents digestifs chez ces nourrissons recevant strictement le lait de leur mère sont inexistants.

Ainsi que nous pourrons le constater aux chapitres des statistiques, nous n'avons pas relevé de troubles digestifs au cours des trois années sur lesquelles porte notre étude.

La croissance en poids des nourrissons est régulièrement suivie. Par des pesées bi-hebdomadaires, une courbe de poids est établie. Celle-ci n'est pas toujours en rapport avec la dose de lait que prend l'enfant. Elle est influencée par la qualité du lait : certains laits sont riches en éléments nutritifs : avec une faible ration l'enfant augmentera de poids de façon normale. D'autres laits sont plus pauvres : le nourrisson devra en

prendre de grandes quantités pour arriver au même résultat.

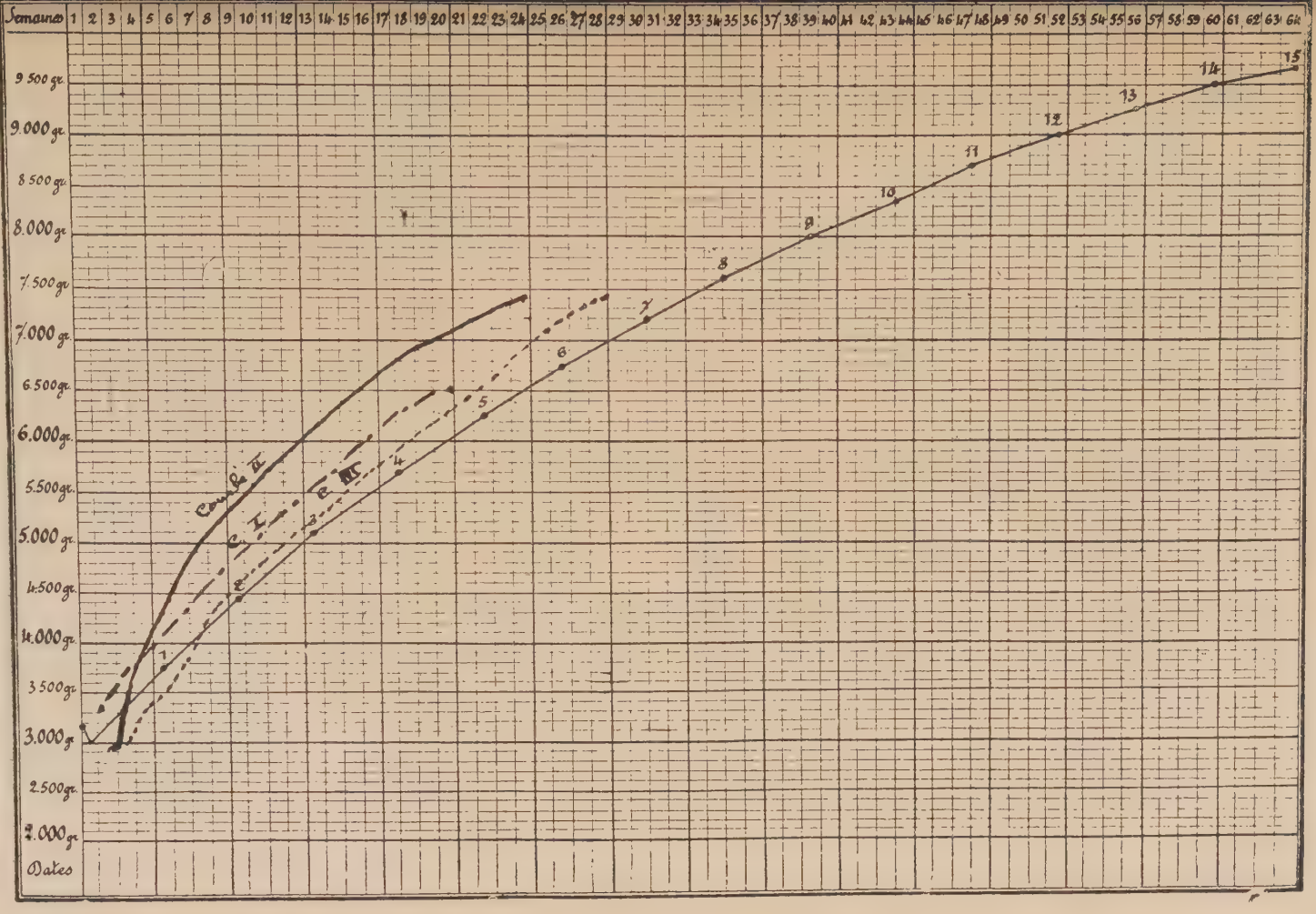
Mais la courbe de poids dépend aussi d'un facteur d'assimilation particulier à chaque enfant et qui est en relation avec ses activités glandulaires : un nourrisson sain peut avoir une croissance régulière avec une ration minime parce que ses organes travaillent économiquement. Un autre devra prendre plus que la ration moyenne pour s'accroître suffisamment.

Enfin la courbe de poids traduit les besoins et le tempérament du nourrisson : Un enfant très vigoureux et très vorace va s'accroître d'une façon très spectaculaire au cours du premier mois de son existence. Son appétit étant en effet très important, il prend au début des quantités de lait très abondantes, d'autant plus que le sein de sa mère, sollicité par une succion vigoureuse, sécrétera abondamment. Mais peu à peu il se rassasie et son appétit se calme. Il prend alors des rations plus moyennes. Il augmente de poids d'une façon plus régulière — et moins rapide.

Au contraire, un nourrisson un peu moins vigoureux va avoir une croissance plus lente : il prend des doses de lait moyennes et augmente de poids régulièrement. Souvent, au bout de quelques mois, il a rattrapé le premier dont le poids est resté presque stationnaire.

Si la progression en poids se fait mal et si l'enfant n'augmente pas, on multiplie le nombre des tétées. Il s'agit souvent d'un débile qui tette mal et ne retire pas assez de lait du sein de sa mère. La fréquence des tétées, le lait maternel retiré par la traite manuelle ou la succipompe et donné en complément lui permettent la plupart du temps de prendre du poids. Sa courbe reste souvent au-dessous de la moyenne. Mais elle demeure parallèle à celle-ci et la croissance quoique faible est régulière.

L'importance de cette courbe de poids est très grande. Elle permet de dépister toute sous-alimentation, ou toute manifestation pathologique qui se traduit immédiatement par un arrêt de la progression. Elle est un témoin de la bonne santé des enfants et du bénéfice qu'ils retirent de l'allaitement au sein.


Semaines
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64
9 500 gr.
9.000 gr.
8 500 gr.
8.000 gr.
7 500 gr.
7.000 gr.
6 500 gr.
6.000 gr.
5.500 gr.
5.000 gr.
4.500 gr.
4.000 gr.
3 500 gr.
3.000 gr.
2.500 gr.
2.000 gr.
Dates
Courbe II
Courbe I
Courbe III
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

En effet, à la Maison Maternelle, la courbe de poids est souvent au-dessus de la moyenne chez les enfants nourris strictement au sein de leurs mères. Elle traduit peu d'incidents. Chez les autres, elle est baucoup plus capricieuse.

A titre d'exemple, nous en reproduisons quelques-unes.

COURBE I

R... Michèle, nourrie complétement par sa mère. Pèse 3 kg à la naissance.

A 24 jours prend 600 grammes de lait par jour. A 1 mois 920 grammes.

Elle arrive à 1 litre, 1 l 050 au cours du deuxième mois. Sa ration se maintient ensuite à ce taux. Elle part à 7 mois. Elle pèse alors 7 kg 650.

Croissance régulière sans incident.

COURBE II

S... Philippe. Pèse 2 kg 950 à la naissance. Très vorace. Prend à la fin du 1er mois 1 litre de lait par jour.

La ration se maintient ensuite constante.

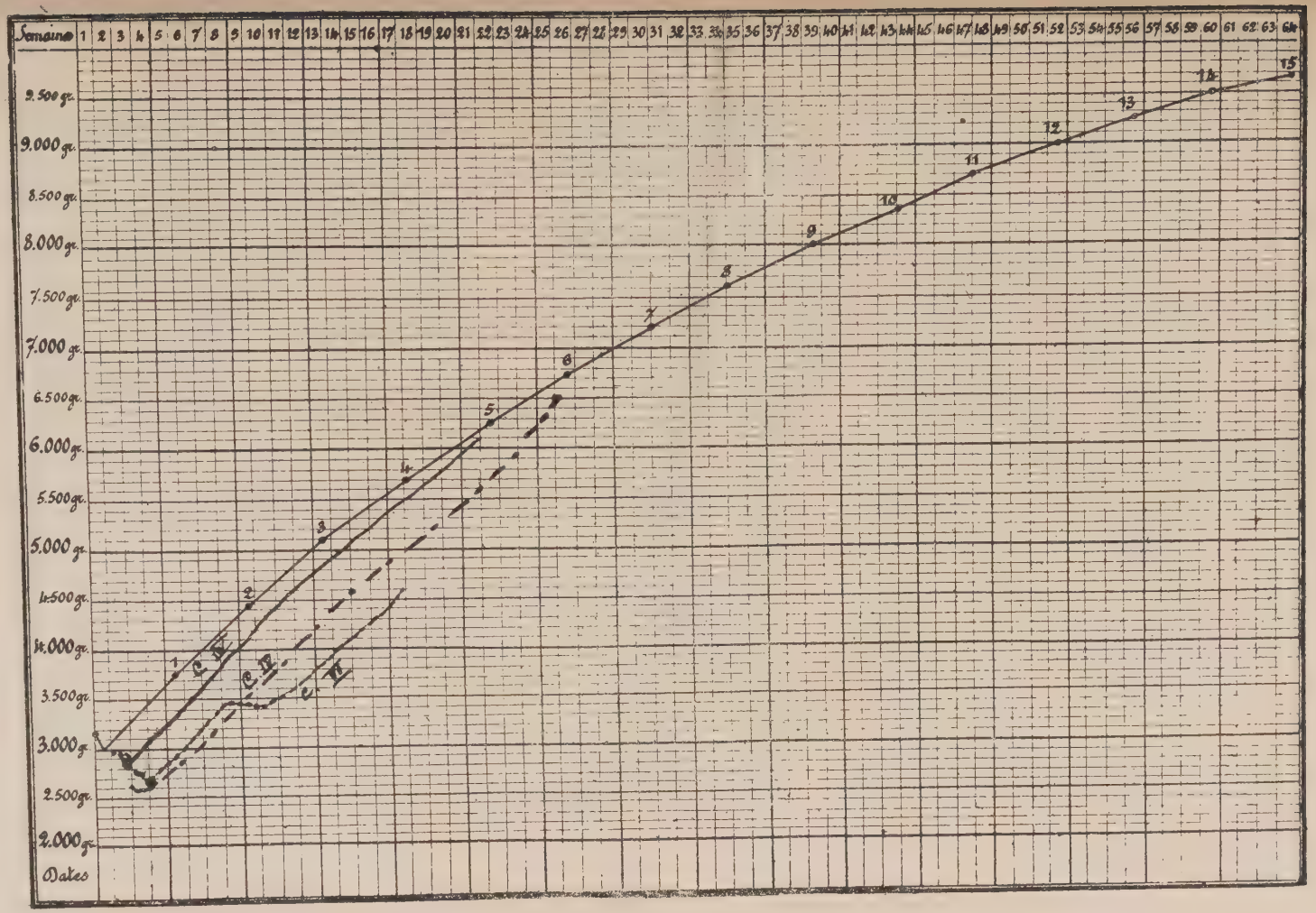
Part à 5 mois. Pèse alors 6 kg 900.

Croissance très rapide au début : prend 2 kg. au cours du premier mois. Ensuite, augmentation plus lente, mais régulière. Le poids se maintient toujours au-dessus de la moyenne : l'enfant a doublé de poids de sa naissance avant 5 mois.

COURBE III

V... Jean Bernard. Pèse 3 kg 200 à la naissance. Prend 900 grammes de lait par jour à la fin du 1er mois. Au cours du 2e mois il absorbe 1 litre, 1 l 020. Puis son appétit se calme et les rations restent les mêmes jusqu'à 5 mois où il part. Il pèse alors 6 kg 470.

Croissance assez rapide au début, puis régulière. Reste toujours au-dessus de la moyenne. Par comparaison avec la courbe n° II nous voyons que la croissance est moins rapide, mais plus régulière : à 5 mois l'enfant a un poids un peu plus grand que le double du poids de sa naissance.


Semaine
9.500 gr.
9.000 gr.
8.500 gr.
8.000 gr.
7.500 gr.
7.000 gr.
6.500 gr.
6.000 gr.
5.500 gr.
5.000 gr.
4.500 gr.
4.000 gr.
3.500 gr.
3.000 gr.
2.500 gr.
2.000 gr.
Dates

Courbe IV

V... Monique, prématurée née à 8 mois. Hérédo-syphilitique. Pèse 2 kg 500 à la naissance. Sa mère a beaucoup de lait mais l'enfant le tire mal. Elle est mise au sein 8 fois par jour. A chaque tétée le lait maternel lui est donné en complément. Peu à peu elle arrive à mieux téter et retirer seule le lait maternel.

Croissance régulière. Poids toujours inférieur à la moyenne, mais restant toujours parallèle à celle-ci. Vers le quatrième mois, la croissance devient plus rapide, et à 5 mois ½ l'enfant a presque rattrapé le poids normal. Aucun incident pathologique.

Chacun de ces exemples illustre les faits que nous indiquions précédemment : selon chaque enfant la courbe de poids a un aspect particulier, bien que les rations soient sensiblement les mêmes. De plus, ces exemples représentent la façon dont la majorité des enfants de la Maison Maternelle augmentent de poids : Chez les enfants sains et normaux, le poids est en général au-dessus de la moyenne. Chez les tarés, les faibles, il est parfois au-dessous ; mais son augmentation est progressivement croissante.

Mais nous n'avons envisagé jusqu'ici que les nourrissons jouissant strictement de l'allaitement au sein.

Malheureusement, tous ne peuvent bénéficier de ce régime. Malgré tous les efforts tentés pour activer la sécrétion lactée, certaines femmes n'ont pas assez de lait. L'enfant supporte bien au début cette sous-alimentation. La petite quantité de lait maternel qu'il absorbe le maintient en bonne santé. Mais si celle-ci se prolonge, il risque d'en souffrir. Son poids reste stationnaire. En réalité, à la Maison Maternelle, la pesée de chaque tétée décèle à temps les hypogalacties et rarement l'enfant en est victime. Les compléments sont institués dès qu'ils deviennent nécessaires. L'allaitement mixte est alors poursuivi aussi longtemps que la mère peut donner du lait.

La croissance en poids des enfants nourris dès la naissance à l'allaitement mixte est moins spectaculaire que celle

des enfants nourris strictement au sein. Néanmoins, elle est le plus souvent régulière et moyenne. Peu d'incidents la marquent.

Nous traduisons ci-dessous une courbe de poids à titre d'exemple.

Courbe V

V... Monique. Pèse 3 kg à la naissance. Sa mère a très peu de lait. Et dès le début, des compléments au lait de vache sont institués. Mais la mère continue à nourrir pendant tout son séjour.

Croissance modérée mais régulière, sans incident, demeurant presque toujours moyenne. A 6 mois, l'enfant a doublé son poids de sa naissance.

Bien plus difficilement s'élèvent les quelques enfants qui, soignés par leurs mères, sont nourris à l'allaitement artificiel. Malgré les soins dont on les entoure, la fragilité de ces nourrissons est beaucoup plus grande. Leurs courbes de poids sont plus capricieuses et dans la majorité des cas témoignent d'incidents divers. A titre de comparaison, nous reproduisons la courbe suivante :

Courbe VI

D... Georges pèse 3 kg à sa naissance. Allaitement artificiel à son arrivée à Cholet. Part à 4 mois. Pèse 4 kg 500.

Au début croissance normale. Mais gastro-entérite à 2 mois, guérie à Cholet. Ensuite croissance régulière, mais bien au-dessous de la moyenne.

Bien que pesant à la naissance le même poids que les enfants I et V, nourris respectivement au sein et à l'allaitement mixte, sa croissance est très différente de la leur, le premier arrivant rapidement à dépasser la moyenne ; le second se maintenant à son niveau, celui-ci, au contraire, restant nettement au-dessous.

L'étude de ces divers exemples permet de constater une fois de plus le bénéfice que peuvent retirer les nourrissons d'un

allaitement au sein et l'importance de celui-ci pour leur développement et leur bonne santé.

En conclusion donc, les enfants de la Maison Maternelle jouissant presque tous d'un allaitement maternel prennent les quantités de lait qu'ils veulent. Leur croissance est vérifiée par leurs courbes de poids. La consultation de celles-ci permet de constater que le plus souvent leur poids est au-dessus de la moyenne et que jamais on n'enregistre d'accidents digestifs.

CHAPITRE V

STATISTIQUE PORTANT SUR LES ANNÉES 1944-1945-1946

Connaissant donc les méthodes employées à la Maison Maternelle de Cholet, tant pour favoriser la sécrétion lactée que pour régler le régime des enfants, nous allons essayer d'en traduire les résultats en exposant par une statistique établie sur les trois dernières années écoulées :

1) la proportion des mères qui ont pu nourrir leurs enfants au sein et en essayant de déceler les causes d'allaitement artificiel chez celles qui n'ont pas nourri ;

2) la morbidité et la mortalité des enfants.

Statistique établissant le pourcentage de l'allaitement maternel et artificiel

Nombre d'observations : 255.

1) 227, soit 89 %, ont allaité leurs enfants.

Parmi celles-ci, certaines ont pu faire un allaitement complet jusqu'au sixième mois, date à laquelle est donnée la première bouillie. Elles ont continué par la suite à nourrir leurs bébés jusqu'à leur départ.

D'autres ont, au contraire, été obligées de pratiquer l'allaitement mixte. Nous en indiquons ci-dessous les différentes proportions :

a) 143, soit 56 %, ont nourri complètement leur enfant et leur allaitement s'est prolongé pendant les neuf mois de séjour à la Maison Maternelle ;

b) 84, soit 33 %, ont dû au contraire se faire aider de lait étranger. :

20 victimes d'hypogalactie primaire ont institué l'allaitement mixte au cours du premier mois ;

64 ont vu leur sécrétion lactée diminuer vers le troisième, quatrième mois, et ont été obligées, à partir de ce moment, de compléter les tétées.

Parmi ces 84 femmes qui n'ont pu nourrir seules leurs enfants, presque toutes ont pu, aidées de lait étranger, continuer à donner le sein à leurs bébés pendant leurs neuf mois de séjour à Cholet.

14 seulement ont dû sevrer leurs enfants :

5 ont eu des abcès au sein, interrompant définitivement l'allaitement ;

2 ont eu un ictère grave ;

1 a fait une typhoïde ;

1 a fait un délire aigu et a été hospitalisée ;

5 ont vu leur sécrétion lactée se tarir malgré les efforts tentés pour essayer de l'activer.

2) 28 femmes, soit 11 %, ont utilisé l'allaitement artificiel dès le début de leur séjour à Cholet.

10 sont arrivées à la Maison Maternelle au cours de leur premier mois d'allaitement et nourrissant leurs enfants au biberon.

12 ont dû rapidement cesser d'allaiter au bout de la troisième ou quatrième semaine. Tous les efforts tentés pour activer la sécrétion lactée déficiente n'ont pas abouti.

6 ont été obligées d'abandonner l'allaitement, parce que cela les fatiguait trop. Toutes ont été relevées au cours de l'année 1944 — année de guerre et de privations. — 4 étaient d'anciennes pleurétiques, 2 étaient extrêmement affaiblies par les privations subies au cours de leur grossesse.

Nous résumons ces divers chiffres dans le tableau suivant :

	Nombre d'Observations		Pourcentage	
Total	255			
Allaitement maternel . . .	227	143 allaitement complet 84 allaitement mixte	89 %	56 % allaitement complet 33 % allaitement mixte
Allaitement artificiel. . . .	28		11 %	

Mais à ces divers chiffres, nous devons apporter les restrictions suivantes :

1) Nous avons pu constater qu'en 1944, année de guerre, le nombre d'allaitements artificiels était plus important. Il entre pour une grande part dans le pourcentage de ceux-ci : en effet, sur les 28 allaitements artificiels relevés, 12 datent de 1944.

2) Ainsi que nous l'avons indiqué, il s'agit de filles-mères, souvent très jeunes, ayant souffert physiquement et moralement pendant leur grossesse, et donc plus exposées que d'autres à fournir un mauvais allaitement.

Si nous tenons compte de ces faits, nous pouvons, à l'aide des résultats que nous indiquons, faire les constatations suivantes :

1) Presque toutes les femmes à Cholet ont du lait et nourrissent leurs enfants ; peu doivent cesser l'allaitement parce que leur sécrétion lactée est insuffisante : nous avons relevé 12 cas sur 255 observations.

2) L'hypogalactie primaire est peu fréquente ; nous en

avons consigné seulement 20 cas ; ceci montre que l'établissement rationnel de la sécrétion lactée par des tétées plus fréquentes et vigoureuses est un bon facteur pour améliorer celle-ci et prévenir l'hypogalactie.

3) L'hypogalactie secondaire est plus fréquente, puisqu'on en compte 64 cas. Mais elle est améliorée par la succion ou par l'emploi de la traite manuelle et de la succipompe : 5 seulement ont dû sevrer leurs bébés. Les autres ont pu poursuivre l'allaitement pendant tout leur séjour à la Maison Maternelle.

Ainsi donc, la conduite simple et rationnelle de l'allaitement à Cholet donne des résultats fort satisfaisants et permet à la plupart des femmes de nourrir leurs bébés. La proportion de 89 % de nourrices est de beaucoup plus élevée que celle rencontrée dans la pratique courante où, en général, 1 femme sur 4 nourrit son enfant. Ce nombre obtenu dans un milieu peu favorisé permet de penser qu'il serait sans doute possible d'arriver à des résultats identiques dans n'importe quel milieu. On peut donc espérer augmenter la proportion d'allaitements au sein. L'importance de celui-ci pour assurer une bonne santé aux nourrissons est tel, que ce seul moyen pourrait servir à diminuer la morbidité et la mortalité infantiles.

Statistique établissant la morbidité et la mortalité des enfants

I). — MORBIDITÉ

Nous n'envisageons, dans l'étude de la morbidité, que les accidents graves ayant nécessité un transeat à l'hôpital des Enfants. Nous ne faisons pas entrer en ligne de compte les incidents bénins soignés et guéris à Cholet, qui n'ont pas entravé la croissance et la vie des nourrissons.

Le nombre total des dossiers observés est : 255.

Sur ces 255 enfants :

36, soit 14 %, furent malades.

Voyons comment se répartissent ces maladies, suivant le mode d'allaitement, et celles qui sont en cause :

a) ALLAITEMENT MATERNEL. — 143 enfants furent nourris complètement par leurs mères.

Sur ceux-ci :

11, soit 7,6 %, furent assez gravement malades pour être transportés à l'hôpital.

Nous avons pu déterminer les causes suivantes :

3 eurent des coryzas diphtériques et revinrent guéris de l'hôpital.

6 eurent des troubles pulmonaires : 3 bronchites graves ; 3 broncho-pneumonies. Un seul de ces enfants mourut à l'hôpital. Les autres revinrent guéris.

1 eut une otite, et fut transporté à l'hôpital d'où il revint guéri.

1 prématuré de 7 mois ½, hérédo-syphilitique, mourut en hypothermie à l'hôpital.

b) ALLAITEMENT MIXTE. — 84 enfants ne furent nourris que partiellement par leurs mères.

Sur ceux-ci :

7, soit 8,3 %, furent malades.

Voici le détail des maladies en cause :

4 eurent des broncho-pneumonies et revinrent guéris de l'hôpital.

1 fit un coryza diphtérique.

1 eut des troubles digestifs assez rapidement guéris.

1 fit une broncho-pneumonie grave qui l'emporta.

c) ALLAITEMENT ARTIFICIEL. — 28 enfants ne furent pas nourris par leur mère.

Sur ceux-ci :

18, soit 64 %, furent malades.

Voici le détail des maladies en cause :

5 eurent des broncho-pneumonies soignées à l'hôpital. 2 succombèrent.

10 firent des gastro-entérites graves. 4 succombèrent.

1 eut un coryza diphtérique guéri à l'hôpital.

2 eurent des otites, guéries également à l'hôpital.

De ces divers résultats, nous pouvons tracer les tableaux suivants, résumant la morbidité totale, la morbidité suivant le mode d'allaitement et les maladies en cause.

	Nombre d'observat.	Chiffre de morbidité	Pourcentage
Total	255	36	14 %
Allaitement complet au sein	143	11	7,6 %
Allaitement mixte.	84	7	8,3 %
Allaitement artificiel . . .	28	18	64 %

	Nombre d'observat.	Broncho-Pneumonie	Accidents digestifs	Gastro-Entérite	Divers
Allaitement complet au sein	143	6	0	0	4
Allaitement mixte	84	4	1	0	2
Allaitement artificiel	28	5		10	3

II). — MORTALITÉ

Sur les 255 dossiers que nous avons observé, nous avons relevé :

9 morts, soit 3,5 %.

Voici les causes de ces décès et leurs proportions relatives par rapport à chaque mode d'allaitement :

a) ALLAITEMENT MATERNEL. — 143 enfants nourris complètement au sein.

2 décès, soit 1,3 % :

1 mort à la suite de broncho-pneumonie ; enfant taré hérédo-syphilitique.

1 prématuré de 7 mois ½, mort en hypothermie ; enfant hérédo-syphilitique.

b) ALLAITEMENT MIXTE. — 84 enfants nourris à l'allaitement mixte.

1 mort de broncho-pneumonie, soit 1,1 %.

c) ALLAITEMENT ARTIFICIEL. — 28 enfants nourris à l'allaitement artificiel.

6 décès, soit 20 %.

2 enfants morts de broncho-pneumonies.

4 enfants morts de gastro-entérite.

Nous résumons ces résultats dans le tableau suivant :

	Nombre d'observat.	Chiffre de mortalité	Pourcentage
Total	255	9	3,5 %
Allaitement complet au sein.	143	2	1,3 %
Allaitement mixte. . . .	84	1	1,1 %
Allaitement artificiel . . .	28	6	20 %

A ces divers chiffres, nous devons faire les restrictions suivantes :

1) Notre statistique porte sur trois ans ; mais l'année 1944, année de guerre, rentre pour une grande part dans la mor-

bidité et la mortalité des enfants : sur les 6 décès enregistrés à l'allaitement artificiel, 4 ont eu lieu en 1944. Sur les 18 enfants malades à ce même allaitement, 9 le furent en 1944. En sorte que le chiffre assez élevé de mortalité et de morbidité des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel est augmenté par les circonstances.

2) Comme nous le savons, il s'agit d'enfants illégitimes, nés souvent dans des circonstances pénibles, élevés en collectivité, souvent tarés, et enfin en bas âge. Tous ces facteurs seront autant de risques pour la vie et la santé du bébé.

Connaissant ces restrictions, l'étude des divers chiffres que nous avons exposés nous permet de faire les constatations suivantes :

1) Les proportions de 14 % de morbidité et de 3,5 % de mortalité sont peu importantes.

2) Peu d'enfants nourris complètement au sein sont malades. Malgré le régime large dont ils jouissent, les accidents digestifs sont inexistants. Enfin, leur mortalité est minime.

3) La même remarque s'applique aux enfants qui ne jouissent que partiellement de l'allaitement maternel. Le lait de femme les protège contre les maladies graves. Aussi chez eux la morbidité et la mortalité sont-elles faibles.

4) Au contraire, chez les enfants nourris à l'allaitement artificiel, les accidents graves sont beaucoup plus nombreux. Les gastro-entérites sont fréquentes. La mortalité est chez eux beaucoup plus élevée.

C'est pourquoi les résultats que nous indiquons nous permettent une fois de plus de proclamer la supériorité de l'allaitement au sein : il transforme ces nourrissons souvent faibles ou débiles à leur naissance en enfants vigoureux et sains qui résistent à tous les inconvénients d'une collectivité. Loin de souffrir des doses importantes de lait qu'ils prennent, ils en bénéficient fortement. Aussi, un des moyens les plus efficaces de la lutte contre la mortalité infantile est-il de favoriser l'allaitement maternel.

CONCLUSIONS

I. — La Maison Maternelle de Cholet recueille les filles-mères qui prennent l'engagement de nourrir leurs enfants au sein.

Les conditions physiques et morales dans lesquelles elles se trouvent risquent de nuire à l'allaitement.

Le but de la Maison Maternelle est de favoriser la sécrétion lactée pour permettre aux mères de se montrer bonnes nourrices. La conduite de l'allaitement visant donc à bien établir et à augmenter la sécrétion lactée est la suivante :

Tétées courtes : 5 minutes à chaque sein.

— Tétées fréquentes : 7 par 24 heures pour un enfant normal jusqu'à ce que la sécrétion soit bien établie, 6 ensuite. Le nombre des tétées est augmenté si l'enfant tette mal ou s'il y a hypogalactée.

— Rations larges accordées aux enfants : ils prennent la quantité de lait qu'ils veulent et ne sont pas limités par des pesées strictes.

— S'il y a lieu, emploi de la traite manuelle ou de la succi-pompe pour recueillir le lait qu'a pu laisser l'enfant ou obvier à une succion insuffisante.

II. Les statistiques que nous avons établies nous ont permis de constater que 89 % des femmes nourrissent leurs enfants, chiffre supérieur à celui que révèle la pratique courante. A celui-ci s'oppose le nombre de 11 % d'allaitement artificiel. L'hypogalactie est rare et améliorée par la conduite de l'allaitement, que nous venons d'exposer. La plupart des mères prolongent leur allaitement après la prise de la première bouillie à 6 mois.

III. — Les nourrissons sont soumis aux risques d'une collectivité d'autant plus qu'il s'agit souvent d'enfants débiles ou tarés.

Des précautions de prophylaxie et d'isolement sont prises pour éviter ou limiter les épidémies.

La mortalité globale des nourrissons : 3,5 %, est peu élevée.

IV. — Les enfants nourris au sein complètement ou en partie sont rarement malades. Malgré les doses importantes de lait qu'ils prennent on ne relève aucun accident digestif.

Leur mortalité de 1,3 % est peu importante.

V. — Les quelques enfants qui, soignés par leur mère, sont nourris à l'allaitement artificiel, ont une morbidité et une mortalité beaucoup plus élevée.

SERMENT

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaires ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :
FONTAN.

VU :
Bordeaux, le 28 Avril 1947.
Le Doyen,
R. DUPÉRIÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 29 Avril 1947.
Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Mlle Aboulenc. — Enquête sur l'Allaitement Maternel dans la région parisienne et sur les motifs de son abandon. (Thèse, Paris, 1945.)

Athané. — Les Maisons Maternelles. Leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile. (Thèse, Bordeaux, 1924.)

Mlle Babillon. — Contribution à l'étude des durées minima et optima de l'allaitement maternel. (Thèse, Paris, 1946.)

Barraud. — La puériculture éternelle. (Edition Vigot, 1941.)

Boulan. — Quelques notes sur l'Allaitement — Antiquité — Renaissance. (Thèse, Paris, 1911.)

Cahuet. — L'Allaitement Maternel à la campagne. (Thèse, Paris, 1936.)

Desfossés. — L'Allaitement Maternel — le « Téter ». (*Presse Médicale*, n° 31, avril 1937.)

Deresse. — Les causes qui empêchent les femmes d'allaiter — Moyens d'y remédier. (Thèse, Paris, 1914.)

Gibergy. — Le médecin praticien devant les difficultés de l'allaitement maternel. (Thèse, Paris, 1936.)

Giraud. — Que faut-il penser des régimes actuellement adoptés pour l'alimentation des enfants du premier âge. (*Presse Médicale*, janvier 1937.)

Mlle Galland. — Hypogalactie et, en particulier, hypogalactie vespérale. Ses rapports avec l'allaitement mixte. (Thèse, Paris, 1920.)

KAMINZER. — Essai sur la puériculture gréco-romaine. (Thèse, Paris, 1911.)

Mlle LATIL. — Protection Maternelle. La Maison Maternelle du « Château Gerland ». (Thèse, Lyon, 1922.)

LARTIGAUT. — Schéma d'allaitement maternel. (*Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n^{os} 10-15, mai 1941.)

Mlle LÉVY. — Le lait de femme et l'allaitement au sein. Leur importance dans la lutte contre la mortalité infantile. (Thèse, Paris, 1937.)

LELONG. — Le rôle du médecin dans la lutte contre la mortalité infantile et la croisade pour l'allaitement maternel. (*Le Médecin Français*, 10 février 1945.)

LEREBOULLET. — Des meilleurs moyens d'encourager et de développer l'allaitement maternel.

MARFAN. — Traité de l'alimentation des enfants du premier âge. (Edition 1930.)

— Le médecin éducateur des mères. (*Presse Médicale*, 8 juillet 1933.)

— Pour l'allaitement maternel. (*Presse Médicale*, septembre 1940.)

— Instructions aux mères pour allaiter, nourrir et élever leurs enfants. (*L'Infirmière française*, février 1936.)

MONIMART. — Contribution à l'étude comparative de quelques méthodes anciennes et nouvelles de l'alimentation des nourrissons. (Thèse, Paris, 1938.)

MOURIQUAND. — Tout lait de femme est-il rigoureusement adapté à la nutrition de l'enfant. (*Concours médical n° 20*, 18 mai 1941.)

PAUCOT. — Les causes de l'interruption intempestive et prématurée de l'allaitement maternel. (*Médecine infantile*, février 1928.)

PINARD. — Puériculture du premier âge.

ROCAZ. — Le droit de l'enfant au lait maternel (*La puériculture*, 25 octobre 1938.)

— Les Maisons Maternelles. (Rapport présenté au XVII[e] Congrès d'Hygiène sociale, Quimper, octobre 1929.)

— Hygiène de l'enfant.

ROMHER. — Diététique infantile — Allaitement maternel. (*Les fiches de pratique médicale*, juillet 1944.)

ZIELIOVICI. — Allaitement maternel et Tuberculose. (Thèse, Paris, 1937.)

Dépôt légal : mai 1947

851 — 1947 Imp. Libournaise, P. GÉLIX